# QUESTIONÁRIO

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**

1. NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. NOME DO NEONATO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. DATA DE NASCIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. IDADE GESTACIONAL:\_\_\_\_\_ IDADE CORRIGIDA:\_\_\_\_\_
5. TIPO DE PARTO: ( )natural ( )cesária
6. INTERCORRENCIAS NO PARTO: ( )não ( )sim. Quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. PESO AO NASCIMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_g PESO ATUAL: \_\_\_\_\_\_\_\_g
8. ALTURA AO NASCIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_cm ALTURA ATUAL\_\_\_\_\_\_cm
9. PERÍMETRO CEFÁLICO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm
10. TIPO DE LEITE: ( ) exclusivamente materno ( )materno+complemento ( )complemento Qual o complemento?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. AUSCULTA PULMONAR- PRESENÇA DE SIBILOS? ( ) sim ( )não
12. APRESENTA CONGESTÃO NASAL DURANTE O SONO? ( ) sim ( )não
13. APRESENTA DIFICULDADE PARA RESPIRAR OU RESPIRAÇÃO OFEGANTE? ( ) sim ( )não
14. VOMITA? ( ) sim ( )não
15. HÁ MANCHAS DE SANGUE OU BILE (SECREÇÃO ESVERDEADA) NO VÔMITO? ( ) sim ( ) não
16. MEDICAMENTOS PARA DRGE, EM USO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ POSOLOGIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FREQUÊNCIA\_\_\_\_\_\_\_\_